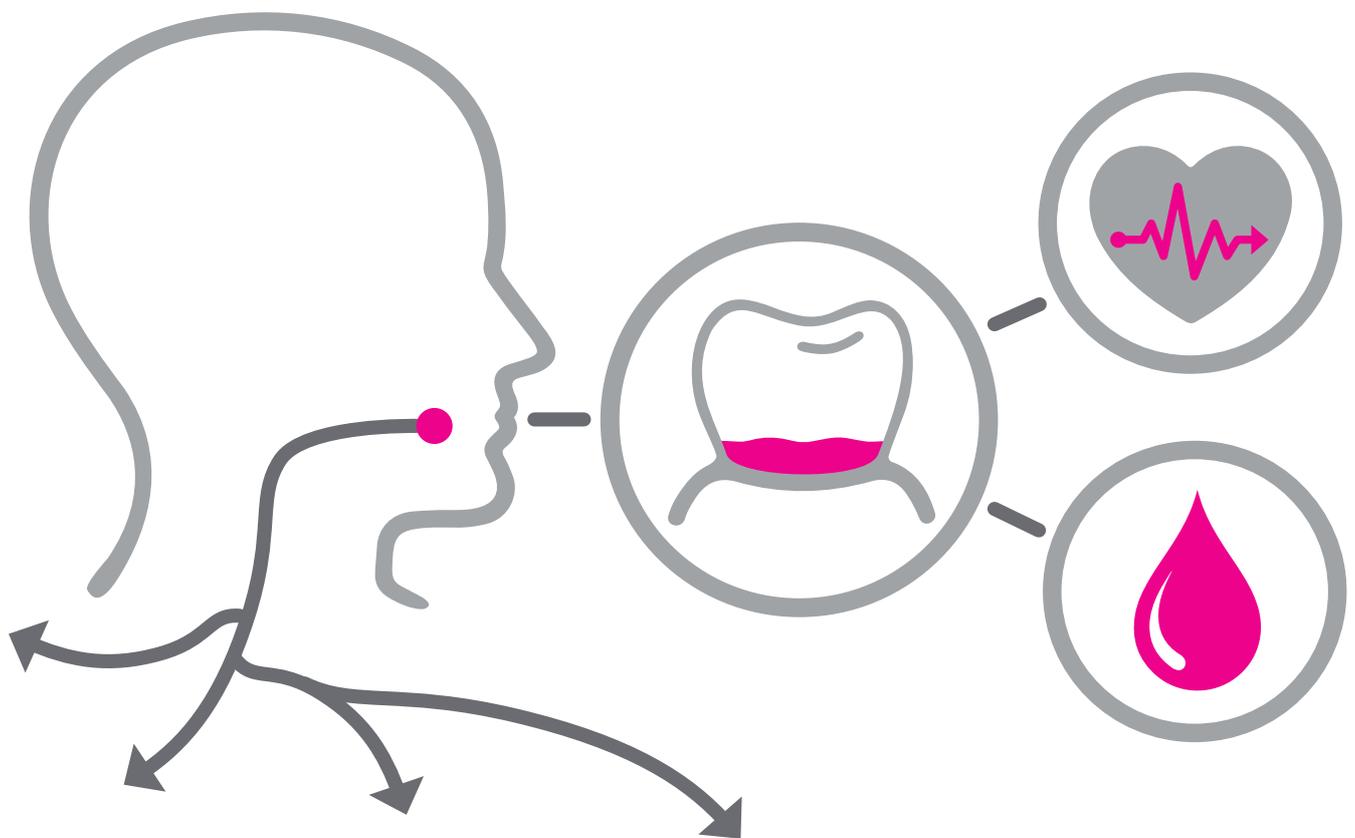
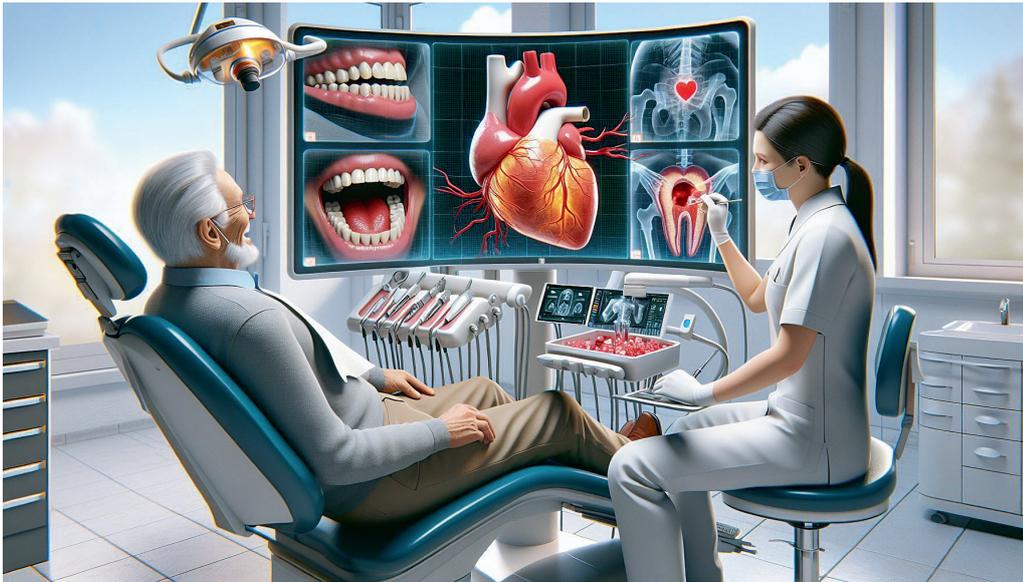


ORALE MEDIZIN



DIE ZUKUNFT DER ZAHNMEDIZIN





Quelle: Dieses Szenenbild wurde mit dem MS Bing KI Bildgenerator kreiert unter Berücksichtigung von zehn Parametern: Praxis für Oral Medizin, Behandlungseinheit, Demographie älterer Patient, Feminisierung Zahnmedizin, Röntgenbild, Mikrobiom, orale und systemische Wechselbeziehung am Beispiel Parodontitis und Herzkreislauf mit Visualisierung am Monitor – das Ergebnis wurde nach mehreren Versuchen und Vorschlägen des KI Bild-Generators ausgewählt und ist im Original so belassen, ohne Beseitigung von Artefakten und ohne eine weitere Bildbearbeitung.

Redaktioneller Hinweis:

- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.
- Die Literaturliste zu den in den Beiträgen genannten Quellen können bei den Autoren angefordert werden.



© März 2024 Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2–4
12107 Berlin
Germany
www.quintessence-publishing.com

DOI: 10.3290/m.2024.oraledizin

Alle Rechte vorbehalten. Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlanges unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Lektorat: Dr. med. Uwe Axel Richter
Produktion: Janina Kuhn, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin
Printed in Germany



Vorwort

Dr. med. dent. Michael Frank

Past-Präsident LZKH
Past-President ERO/FDI

Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger

Past-Präsident der DGZMK

Dr. rer. biol. hum., Dipl. Wirt. Ing. Alexander Ammann

Geschäftsführer bis 2020, Quintessence Publishing

Prolog

Prof. Dr. med. dent. Dr. med. Dr. phil. Dominik Groß

Direktor Institut für Geschichte, Theorie und Ethik
UK Aachen
Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees des
UK Aachen
Vorsitzender des AK Ethik der DGZMK

Aus Sicht der Universität

Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger

Direktor Poliklinik Zahnerhaltung Philipps-Universität
Marburg
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
Vorsitzender Task Force „Zahnmedizinstudium der
Zukunft“ im Medizinischer Fakultätentag (MFT)

Prof. Dr. med. dent. Diana Wolff

Ärztliche Direktorin Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Präsidentin der Vereinigung der Hochschullehrer für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK)

Aus Sicht der Forschung

Prof. Dr. med. dent. Henrik Dommisch

Direktor Abt. für Parodontologie, Oralmedizin und
Oralchirurgie Charité – Universitätsmedizin Berlin
Präsident Deutsche Gesellschaft für Parodontologie
(DG PARO)

Aus Sicht der Gesundheitspolitik

ZA Martin Hendges

Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung (KZBV)

Aus Sicht der Berufspolitik

Prof. Dr. med. dent. Christoph Benz

Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Aus Sicht der Demographie

Dr. med. Dr. med. dent. Markus Tröltzsch

Familienpraxis Zentrum für ZMK, Ansbach
Vorsitzender Akademie Praxis und Wissenschaften
(APW)

Aus Sicht der Professionsforschung

Dr. med. dent. Nele Wicking, MSc.

Wissenschaftliche Referentin, Forschungsbereich
Zahnärztliche Professionsforschung am Institut der
Deutschen Zahnärzte (IDZ), Trägerschaft der BZÄK
und KZBV

Epilog

Dr. Michael Frank

Prof. Dr. Roland Frankenberger

Dr. Alexander Ammann



Spätestens die beginnende COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 wirkte wie ein Inkubator für ein neues Verständnis einer zahnmedizinischen und immunologischen Systemkompetenz, die sich in der Begrifflichkeit einer Oralen Medizin verstärkt spiegelt und damit auch ihre Systemrelevanz in unserem Gesundheitswesen zum Ausdruck bringt. Das orale System, belegt durch viele klinische Studien, ist eine wichtige Verteidigungslinie für unser gesamtes Immunsystem. Hinzu kommt eine Dynamik in unserem Praxisalltag, die von Prof. Frankenberger mit folgendem Zitat während seiner DGZMK Präsidentschaft in 2020 charakterisiert wurde: „In dieser Dekade wird sich in der Zahnmedizin mehr verändern, als in den 30 Jahren zuvor“.

Daher erschien für die Unterzeichnenden dieses Vorwortes jetzt der richtige Zeitpunkt gekommen, dieses Impulspapier Orale Medizin zu initiieren, um eine Diskussion im Berufsstand zur Zukunft der Zahnmedizin auf dem Weg zur Oralmedizin anzustoßen.

Dabei sollen die verschiedenen Aspekte zu dieser Thematik von Autoren aus Wissenschaft, Berufspolitik und Praxis mit ihrer jeweiligen Expertise beleuchtet werden, ergänzt mit dem Prolog zur Genese und den Stationen unserer Berufsbezeichnungen seit dem 19. Jahrhundert.

Es ist nicht nur der demographische Wandel mit der Folge einer älter werdenden Gesellschaft und einer damit verbundenen Multimorbidität und Multimedikation unserer Patienten, die eine erhöhte Sensibilisierung für ein interdisziplinäres oral medizinisches Verständnis fordert, sondern auch die klinisch wissenschaftliche Erkenntnis, dass rund 15% aller ca. 8.000 Seltener Erkrankungen sich im oralen System manifestieren. Hinzu kommt die Bedeutung des oralen Mikrobioms für lokale, systemische und Autoimmun-Erkrankungen mit den komplexen Wechselwirkungen zellulärer Prozesse. Ohne die erste Verteidigungslinie der oralen Immunabwehr von potenziellen Krankheitserregern und kommensalen Mikroorganismen wäre das systemische Immunsystem vollkommen überfordert.

Somit wird für die Zahnmedizin mit ihren vielfältigen Versorgungskonzepten im Spektrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Zukunft die Prävention und die Frühdiagnostik von lokalen und auch systemischen Erkrankungen eine besondere Bedeutung erhalten. Natürlich immer im engen Dialog mit den anderen medizinischen Fachdisziplinen.

Die Entwicklungen zur digitalen Praxis unter Einbeziehung der assistierenden KI-Systeme in der Diagnostik und der Erstellung von Therapiekonzepten, die Gendermedizin und eine individualisierte und personalisierte orale Medizin sowie die fortschreitende Feminisierung unseres Berufsbildes sind dabei die Trends die unser Praxisbild von Morgen wesentlich ändern werden. Dies erfordert nicht nur eine Anpassung der Curricula in der universitären Ausbildung mit der entsprechend erforderlichen personellen und finanziellen Ausstattung auch in der Grundlagen- und klinischen Forschung, sondern gleichermaßen die Notwendigkeit einer postgradualen interdisziplinären und ergänzenden Qualifikation durch entsprechende Fortbildungskonzepte.

Auch die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention mit ihren klinischen Protokollen darf nicht nur im Verständnis einer PZR und UPT gesehen werden, sondern sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Erhaltungstherapie aller Versorgungsarten und ein elementarer Beitrag neben der Pathogenese auch die Salutogenese in den Fokus unseres oral medizinischen Verständnisses und Handelns zu stellen.

Dies setzt aber auch ein Weckruf an die Gesundheitspolitik voraus, dass endlich neben der kurativen Medizin auch die präventive Medizin sich nicht nur in den „Sonnensreden“ spiegelt, sondern auch ein Umdenken gesundheitspolitischer Maßnahmen erfordert, denn in der präventiven Frühdiagnostik für lokale, systemische, Autoimmun- und Organerkrankungen liegt ein großes Potential, die hohen Folgekosten von Erkrankungen, die unser Gesundheitssystem finanziell erheblich belasten, deutlich zu reduzieren.

„Wir sind nicht nur verantwortlich für das, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun“ – mit diesem Zitat von Molière wird am besten charakterisiert, weshalb die Definition der Zahnmedizin auf dem Weg zur Oralen Medizin in Wissenschaft, Lehre, Klinik und Praxis erweitert werden sollte, um damit auch die Bedeutung des oralen Systems für die Allgemeingesundheit der Patienten zum Ausdruck zu bringen.

Die Schlussfolgerung daraus ist, dass unser bestehendes zahnmedizinische Behandlungsspektrum der ZMK in unserem täglichen Engagement zum Wohle der Patienten sich in der klinischen Kompetenz und Verantwortung in Diagnostik und Therapie immer mehr interdisziplinär ausrichten wird.

Eine Neudefinition der Zahnmedizin würde somit wie folgt lauten:

„Wir befinden uns in einer historischen Phase des Wandels der Zahnmedizin, von einem mechanistisch funktionalen und kurativen Weltbild hin zu einer Oralmedizin, die die biologischen Zusammenhänge zwischen lokaler und systemischer Gesundheit mit ihren Wechselbeziehungen zum Gesamtorganismus in den Fokus stellt. Diese Betrachtungsweise des oralen Systems als wichtige Verteidigungslinie unseres Immunsystems bezieht die zahnmedizinische Prävention, die Diagnostik und die Therapie von Erkrankungen orofazialer Strukturen und oraler Manifestationen von lokalen und systemischen Erkrankungen mit ein.“

Abschließend möchten wir den Autoren*innen für die Bereitschaft und ihr Engagement recht herzlich danken ihre Expertisen in den jeweiligen Beiträgen einzubringen.

Wir hoffen damit einen fachlichen Diskurs zu dieser Bewegung Orale Medizin für ein neues Professionsverständnis zu initiieren.

Die Initiatoren



Dr. Michael Frank
Past-Präsident LZKH
Past-President ERO/FDI



Prof. Dr. Roland Frankenberger
Past-Präsident der DGZMK
Vorsitzender Task Force
„Zahnmedizinstudium der Zukunft“
im MFT



Dr. Alexander Ammann
Geschäftsführer bis 2020
Quintessence Publishing

Prolog – Orale Medizin? Eine Einordnung aus historisch-ethischer Sicht

Dominik Groß



Das vorliegende Werk widmet sich der „Oralen Medizin“. Sein Ziel ist es, thematisch und gedanklich neue Wege zu beschreiten und dies auch auf der sprachlichen Ebene – durch die alternative Begrifflichkeit „Orale Medizin“ – zum Ausdruck zu bringen.

Folglich liegt es nahe, diesen Themenband mit einer Begriffsklärung zu beginnen – und dies bedeutet, den Blick in die Geschichte des Fachs zu richten. Denn tatsächlich ist die Entwicklung der Begrifflichkeiten im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eng verbunden mit der Etablierung der auf diesem Gebiet tätigen Berufsgruppen, aber auch mit den politischen Systemen, in denen die Fachvertreter ausgebildet wurden und werden.

Beginnen wir mit dem Begriff „Stomatologie“. Er stellt gewissermaßen das ältere Pendant zur „Oralen Medizin“ dar. Denn „stoma“ ist der altgriechische Begriff für „Mund“, während „oral“ – abgeleitet von os, oris – als lateinischer Terminus für „Mund“ firmiert. Beide Begriffe – „stoma“ und „oral“ – sind somit Synonyme, und beide lenken den Blick vom Zahn auf den gesamten Mundraum.

Die Etablierung des Begriffs „Stomatologie“ führen wir heute im Wesentlichen auf vier Personen zurück, die bemerkenswerterweise allesamt ärztlich *und* zahnärztlich ausgebildet waren: Er findet sich erstmals in den 1880er Jahren im französischen Sprachraum bei dem Pariser Kollegen Émile Magitot (1833–1897). Aufgegriffen und in die deutsche Sprache transferiert wurde der Terminus dann 1904 durch den ungarischen Fachvertreter Josef Arkövy (1851–1922). Dieser lieferte zugleich eine Definition mit: Er betrachtete die Stomatologie als „Zweig der Medizin, dessen Kenntnis- und Tätigkeitsgebiet die Mundhöhle umfasst“. In den 1950er Jahren nahm dann der Arzt und Zahnarzt Erwin Reichenbach (1897–1973), Ordinarius für Zahnheilkunde in Halle (Saale), den Begriff erneut in Gebrauch: Er sorgte mit seinem hohen fachlichen Einfluss dafür, dass das Studienfach Zahnmedizin in der DDR seit ca. 1960 (und im amtlichen Kontext seit 1965)

grundsätzlich unter dem Begriff „Stomatologie“ firmierte. Der eigentliche Initiator dieser fachpolitisch bedeutsamen Umbenennung war allerdings nicht Reichenbach, sondern dessen Kollege Deltscho Nasteff (1915–2005), der seit 1958 als MKG-Chirurg an der Charité wirkte: Der gebürtige Bulgare brachte die Umbenennung als Vorschlag ein und wollte damit seiner Auffassung von der Zahnmedizin als einer speziellen Facharzttrichtung der Medizin begrifflich Ausdruck verleihen – in Analogie zu anderen ärztlichen Fachrichtungen wie z. B. Dermatologie, Ophthalmologie oder Kardiologie. Nasteffs Initiative hatte durchschlagenden Erfolg, denn der Begriff hatte bis zum Ende der DDR Bestand. Allerdings erwies er dem Terminus – rückblickend betrachtet – einen schlechten Dienst: Gerade in der Bundesrepublik wurde (und wird) die Bezeichnung „Stomatologie“ eng mit dem System der DDR verknüpft, in Teilen als „politisch aufgezwungen“ wahrgenommen und infolgedessen eher kritisch bəugt. Dementsprechend gab es nach der Wiedervereinigung keine ernsthaften Tendenzen, die in der Bundesrepublik etablierten Begriffe „Zahnmedizin“ bzw. „Zahnheilkunde“ durch die weiter gefasste „Stomatologie“ zu ersetzen. Aufgrund der skizzierten politischen Konnotation gilt der Begriff bis heute zumindest hierzulande als weitgehend „verbrannt“.

Allerdings ist diese Sichtweise sehr verkürzt und historisch nicht haltbar: Wenn man den Terminus „Stomatologie“ überhaupt einem Staat oder einem politischen System zuordnen möchte, dann wäre dies – historisch betrachtet – Österreich bzw. die seit 1867 bestehende Österreichisch-Ungarische Monarchie: Es war nicht nur Émile Magitot, der den Begriff in Österreich-Ungarn – und damit für den deutschen Sprachraum – etablierte, sondern es war auch eine österreichische Fachzeitschrift, die den Begriff populär machte: Bereits im Jahr 1902/03 wurde dort die „Österreichische Zeitschrift für Stomatologie“ ins Leben gerufen. Jenes Journal wurde zur Erfolgsgeschichte. Es firmierte von 1921 bis 1949 und wieder ab

1984 als „Zeitschrift für Stomatologie“ und wurde dann seit 1995 als „Stomatologie“ fortgesetzt, herausgegeben von der Österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Bundesfachgruppe für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Österreichischen Ärztekammer. Allerdings wurde die Zahnbehandlung in Österreich in jenem Zeitraum – anders als in Deutschland – nicht von grundständigen Zahnärzten, sondern von „Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ vorgenommen, d.h. von voll approbierten Ärzten, die sich nach dem Medizinstudium auf diesem Fachgebiet weitergebildet hatten. Erst 2015 stellte die Zeitschrift „Stomatologie“ ihr Erscheinen ein – nach mehr als 110 Jahren.

Besagtes Journal dürfte letztlich Pate gestanden haben für die in der DDR etablierte Fachbezeichnung „Stomatologie“, und jene Zeitschrift sorgte über Jahrzehnte dafür, dass jener Begriff in Österreich allgemeine Bekanntheit und Akzeptanz erlangte und – anders als in Deutschland – nicht mit der ehemaligen DDR verknüpft oder politisch-ideologisch konnotiert wird.

Kommen wir nun zum Begriff „Orale Medizin“: Er ist, wie oben angedeutet, als sprachliche Alternative zur historischen Begrifflichkeit „Stomatologie“ aufzufassen. Auch er rückt die *ärztliche Dimension* der Berufstätigkeit in den Blickpunkt, wirkt aber zugleich sprachlich moderner als „Stomatologie“ und weckt zudem keine politischen Assoziationen, d.h. er ist nicht durch irreführende Konnotationen belastet. Insofern erscheint die Begriffswahl *per se* naheliegend.

Ob sie tatsächlich inhaltlich passend und zudem ethisch angemessen ist, hängt von den Ansprüchen und Erwartungen ab, die mit der Begrifflichkeit verknüpft werden.

Zum Ersten könnte es sich bei der „Umbenennung“ um eine rein sprachliche Ambition handeln: In diesem Fall ginge es im Wesentlichen darum, eine Begrifflichkeit zu etablieren, die den Tätigkeitsbereich des Zahnarztes umfänglicher und besser beschreibt – getreu dem Motto: Zahnärzte sind Experten für den gesamten Mundraum und eben nicht nur für die Zähne. Diese Sichtweise kam bereits auch eindrucksvoll in einem Artikel von Dr. Weski im März 1927 in der Lippstadter Tagespresse zum Ausdruck: „... dass dem heutigen Zahnarzt dieser Name eigentlich

nicht mehr zustehe. Der heutige Zahnarzt betrachtet und behandelt eben nicht mehr, wie vor längeren Jahren noch, nur den Zahn als solchen, sondern heute sei der Zahnarzt dank seiner tieferen Ausbildung eben der Mundarzt, der den Zahn nur im Rahmen des Gesamtorganismus und festen Zusammenhänge mit ihm ansehen dürfte.“ Wenn auch dieses Statement seinerzeit zu keiner weiteren relevanten berufspolitischen Diskussion führte, so ist dieses doch bezeichnend für den damaligen Diskurs einer korrekten und zutreffenden Berufsbezeichnung. Ein solcher rein semantischer Anspruch wäre verständlich, brächte aber für den Patienten keinen Mehrwert und wäre damit vor allem berufspolitisch motiviert.

Zum Zweiten könnte es darum gehen, das Fach auch inhaltlich neu auszurichten und den Blick für neue Bedarfe und Wissensgebiete zu schärfen – etwa im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen, die dem zunehmend interdisziplinären Charakter des modernen Zahnarztberufs Rechnung tragen, die künftigen Anforderungen an den Zahnarzt, z. B. in Bezug auf immunologische, gastroenterologische oder psychosomatische Aspekte bedienen und dem Zahnarzt ein gutes Rüstzeug geben für seine medizinisch bedeutsame, bis dato aber eher wenig ausgefüllte fachliche Rolle bei der Früherkennung systemischer Erkrankungen. Dies würde freilich *à la longue* bedeuten, dass auch die Ansprüche an die Fort- und Weiterbildungsbereitschaft und die (gesamt) ärztliche Orientierung des „Oralen Mediziners“ steigen.

Aus medizinethischer Sicht wäre es wünschenswert, *beide Ambitionen mit derselben Verve zu verfolgen*: einerseits den verständlichen Wunsch, eine bessere, inhaltlich zutreffende begriffliche Beschreibung des eigenen Tätigkeitsbereichs zu etablieren und andererseits einen erhöhten – d.h. stärker ärztlich und interdisziplinär ausgerichteten – Anspruch an das eigene Berufsfeld und den eigenen Kompetenzerwerb zu formulieren, zumal die frühdiagnostische Kompetenz für systemische und autoimmune Erkrankungen und damit auch die Prävention einen immer höheren Stellenwert in den Praxen erhalten wird. Gerade Letzteres korrespondiert auch mit der gesellschaftlichen Erwartung an den „modernen“ Zahnarzt. Denn mehr denn je gilt der alte Spruch: An jedem Zahn hängt ein ganzer Mensch ... ■

Orale Medizin – aus Sicht der Universität

Roland Frankenberg, Diana Wolff



Eckpfeiler einer modernen Zahnmedizin ist und bleibt die universitäre Ausbildung. Das beginnt bereits vor dem Studium bei der Nomenklatur der Studienfächer: Betrachtet man die Studiengänge Humanmedizin und Zahnmedizin, bedeutet dies nominell, dass Humanmediziner Menschen und Zahnmediziner (nur) Zähne behandeln. Allein dieses Unterscheidungsmerkmal ist heute in Anbetracht wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht mehr akzeptabel. Bereits im letzten Positionspapier „Zukunft der Zahnmediziner-ausbildung“ des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland (MFT) wird zumindest Medizin/Zahnmedizin beschrieben und nicht Humanmedizin/Zahnmedizin. Man muss hier jedoch weitergehen: Schon alleine von der Nomenklatur wäre es nur logisch, unseren Studiengang a priori als Orale Medizin zu beschreiben und auch so zu nennen.

Obwohl erste vernünftig umsetzbare Vorschläge bereits 20 Jahre vorher auf dem Tisch lagen, dauerte die Novelle der zahnärztlichen Approbationsordnung bis 2021. Es gab zwischen den Fächern viel Uneinigkeit darüber, ob und welcher gemeinsame große Weg eingeschlagen werden sollte, um die Zahnmedizin mit einer neuen Approbationsordnung endlich ins nächste Jahrtausend zu bringen. Leidliche Diskussionen um Fächerproporz und inkongruenten Stellenaufwuchs haben uns von innen geschwächt und von außen zum leichten Ziel für den Vorwurf der Unglaubwürdigkeit gemacht. In unserem Selbstverständnis als Hochschullehrer haben wir die Verpflichtung, die universitäre Ausbildung mit Vision und Strategie an die Bedarfe der Zukunft anzupassen und nicht rückwärtsgewandt zu agieren. Die neue Zahnärztliche Approbationsordnung hat uns große Errungenschaften gebracht. Am stärksten ist hervorzuheben, dass endlich die Angleichung des Anrechnungsfaktors an die Medizin vollzogen wurde, womit eine potenzielle Freisetzung von Freiräumen für die Forschung verbunden sein würde. Auch die erfolgreich umgesetzte engere Betreuungsrelation in den integrierten klinischen Kursen ist selbstverständlich zu begrüßen.

Der Aufwand der Finanzierung der Reform war im Vorfeld nur bedingt kalkuliert, und so zeigte sich, dass man von politischer Seite offensichtlich deutlich unterschätzt hatte, wie personalintensiv die neuen integrierten Behandlungskurse sein würden und wieviel Geld das die Ministerien u. a. zur Finanzierung von neu einzustellendem Personal kosten würde. Daher wurde der Curriculare Normwert (CNW) von den Bundesländern deutlich nach unten korrigiert. Bei jetzt gesetzlich festgelegter Betreuungsrelation bedeutet dies zwangsläufig, dass sich die Zeit für praktische Ausbildung quasi halbieren muss. Das Argument, dass eine sehr intensive Betreuung die Qualität der Ausbildung – ggf. auch bei verkürzter Zeit – gewährleistet, lässt aber außer Acht, dass die individuelle Berufserfahrung der Lehrenden für eine gute Lehre noch viel wichtiger ist als deren schiere Anzahl, auch vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung und den damit verbundenen Multimorbiditäten. Gerade diese Patientengruppen mit ihren z. T. komplexen Krankheitsbildern werden zukünftig verstärkt an den Universitäten und damit auch bei Ausbildung der Studenten zur Behandlung auftreten. Nur wenn es uns gelingt, hierfür erfahrene und gut qualifizierte Lehrende – die neben ihrer zahnmedizinischen Expertise darüber hinaus auch über das interdisziplinäre medizinische Wissen und Verständnis in Diagnostik und Therapie verfügen – auch mittelfristig an die Universität zu binden, können wir eine hochqualifizierte Ausbildung leisten.

Werden die wissenschaftlichen Mitarbeiter überlastet und frustriert, werden sie der Universität bald den Rücken kehren. Dieses Phänomen ist bei allen Betrachtungen der neuen Approbationsordnung bislang völlig unberücksichtigt. Und die Gefahr, dass genau das passiert, ist relativ groß: Vor allem an den kleineren und in der Regel auch minderfinanzierten universitätszahnmedizinischen Standorten wird sich die Dienstbelastung der jungen Kolleg:innen in vielen Fällen noch mehr als ohnehin schon in die Lehre verschieben. Statt (wie in der Zahnerhaltung) eines Staatsexamens werden in Zukunft in den Semesterferien alle drei Staatsprü-

fungen (Z1–3) abgehalten incl. praktischer Aufsichtszeiten und Prüfungsbeisitz. Diese zusätzlichen Zeiten sind, da sie nicht zur universitären Lehre, sondern zur staatlichen Prüfung gehören, nicht im CNW abgedeckt und müssen vollständig ohne zusätzliches Personal gestemmt werden.

Zudem ist die neue Version der Approbationsordnung mit formalen Regulierungen überfrachtet. So soll jeder Studierende in jedem Fach mindestens 30 Minuten geprüft werden, was z. B. bei aktuell möglicher Auslegung einer Staatsexamensprüfung in der Fächergruppe Zahnerhaltung auf 8 (!) Stunden hinausläuft. Auf Verlangen muss der Prüfende bis zur Note 2 eine schriftliche Begründung für die Notenentscheidung vorlegen. Aus diesen Regulierungen spricht ideologisch motiviertes, scheinbar sehr tiefes Misstrauen gegenüber uns Prüfern und Hochschulangehörigen. Ein objektiver Blick auf die Zahlen der Studienabbrecher oder endgültig Durchgefallenen zeigt allerdings, dass diese im homöopathischen Bereich liegen. So ungerecht und schlecht kann unsere Arbeit nicht sein.

In Anbetracht all dieser fraglich sinnvollen, zusätzlich auferlegten Bürden wird der Prüfungsaufwand an den Universitäten – und das ohne jeden zusätzlichen Nutzen – explodieren und dies nicht nur auf dem Rücken der Professor:innen sondern eben vermehrt auch auf dem Rücken der wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen (dass es auch und vor allem auf dem Rücken der Studierenden ausgetragen wird, sickert gerade durch). Gerade in den Semesterferien, wo zusätzlich mehr Raum für Forschung geschaffen werden sollte, wird diese – neben der Urlaubszeit – kaum noch möglich sein. Auch die persönliche Patientenbehandlungszeit der jungen Kolleg:innen wird dadurch nochmals reduziert. Das ist für viele allein schon ein KO-Kriterium, weil sie als Zahnärztinnen und Zahnärzte natürlich klinische Erfahrung sammeln wollen und dies ja auch sollen, wenn sie gute Lehrende sein wollen. Und je mehr motivierte junge Mitarbeiter mit einer gewissen Berufserfahrung wir durch diese Frustrationseffekte verlieren, desto schlechter wird automatisch die Qualität der Ausbildung, denn nur klinische Exzellenz der Auszubildenden garantiert exzellente Ausbildung.

Interessant ist, dass wir vom MFT und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) gemeinsam mit dem Bundesverband der Zahnmedizinierenden in Deutschland (BdZM) beim Bundesgesundheitsministerium alle eben genannten Argumente bereits besorgt vorbrachten – zunächst

ohne Erfolg. Dies muss so schnell wie möglich auf den Weg gebracht werden, sonst drohen politisch-ideologisch motivierte Nebeneffekte die positiven Wirkungen der neuen Approbationsordnung zu neutralisieren.

Unabhängig von der Approbationsordnung besteht vor allem in den kleineren Universitäten (und das sind in der Zahnmedizin die meisten) das Problem, dass die geburtschwachen Jahrgänge längst das universitäre Leben beherrschen. Während die Zahnmedizin als Numerusclausus-Fach stets „ausgebucht“ ist, haben viele von uns gar nicht mitbekommen, dass in den Non-NC-Fächern längst ein kompetitives Ringen um Studierende begonnen hat, auch verbunden mit Existenzängsten einiger Fächer und sogar ganzer Universitäten. Das bedeutet, dass sich die Finanzierung der Universitäten gerade an diesen Standorten zusehends verschiebt. Um das Überleben der „kleineren“ Fächer zu garantieren, werden mit allerhand „Tricks“ immer mehr Gelder aus der Medizin (die ja mit der Zahnmedizin innerhalb einer Fakultät meist gemeinsam budgetiert ist) weggeleitet. Und die Medizin kann sich gar nicht anders helfen, als ebenfalls wiederum Gelder aus der Zahnmedizin in die Medizin umzuleiten. So kommen von einem eigentlich für die Zahnmedizin „gedachten“ und auch vorausgerechneten finanziellen Volumen in der Regel nur um die zwei Drittel wirklich in der Zahnmedizin an, die Zahl der Studierenden bleibt jedoch selbstverständlich gleich. Und deshalb sind vor allem an den kleinen Universitäten die Umstände, wie sie eben sind. Mangelhafte Laborausstattung, veraltete Ausstattungen in der Patientenbehandlung, mangelnde Gebäudeisolierung, Wasserschäden durch marode Bausubstanz sind nur die Vorboten einer Negativspirale, von der viele Bürger gar keine Ahnung haben. Im Zuge der leistungsorientierten Mittelvergabe wird die Zahnmedizin natürlich stets mit der Medizin verglichen, auch wenn diese 80% weniger Lehrbelastung und keine Stelleneinbußen zu verkraften hat.

Daraus leiten sich aus universitätspolitischer Sicht drei Forderungen an die Politik ab:

1. Umbenennung der Studiengänge in Medizin und Zahnmedizin, besser Orale Medizin.
2. Sofortige Umsetzung der bereits vorgeschlagenen pragmatischen Korrekturen an der neuen Approbationsordnung.
3. Vollumfängliche Weiterleitung der für die Zahnmedizin gedachten Budgets an die universitätszahnmedizinischen Standorte. ■

Orale Medizin – aus Sicht der Wissenschaft

Henrik Dommisch



Ist der Terminus „Zahnmedizin“ vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte noch zeitgemäß?

Zunächst sollte das gesamte orale System im Kontext von Anatomie und Immunologie betrachtet werden. Das orale Epithel gehört zur Oberfläche des menschlichen Körpers, welche wie die Haut und die Darmschleimhaut einer spezifischen mikrobiellen Umwelt ausgesetzt ist. Eine Umwelt mit einer erheblichen Vielfalt an Mikroorganismen sowie mechanischen, thermischen und chemischen Reizfaktoren. Das orale Mikrobiom wurde vor 13 Jahren sequenziert und es zeigte sich, dass in dem humanen oralen System 1.179 verschiedene Taxa parallel existieren, wobei nur 24 % des oralen Mikrobioms überhaupt namentlich benannt worden sind (Dewhirst, 2010). Damit weist die Mundhöhle nach dem Darm das nächst-komplexeste Mikrobiom unseres Körpers auf (Martinez 2021). Auch wenn das Mikrobiom für die einzelnen Körperoberflächen spezifisch ist, befinden sich diese nicht in einem jeweils geschlossenen System, sondern kommunizieren und beeinflussen sich untereinander. Der Einfluss des oralen Mikrobioms ist so weitreichend, dass andere Organerkrankungen (z. B. Darm, Lunge) durchaus beeinflusst werden können (Martinez, 2021).

Das orale Epithel gehört zu den Grenzflächen des Körpers und ist sowohl Teil des oberen Atem- als auch des oberen Verdauungstraktes. Mit der Ventilation der Atemluft und der Aufnahme von Nährstoffen ist das orale Epithel einer Vielzahl von Virulenzfaktoren ausgesetzt, welche im oralen System detektiert und frühe immun-entzündliche Reaktionen provozieren können. Deshalb ist das orale Epithel wie auch das Epithel des Nasen- und Rachenbereichs als Grenzfläche des immunologischen Erstkontakts („*first line contact*“, „*first line defense*“) zu verstehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Integrität der gesamten Körperoberfläche, einschließlich die des oralen Epi-

thels, oberste biologische Priorität. Der Zahn stellt hier als Teil der Körperoberfläche eine besondere Ausnahme dar, denn anders als alle anderen Oberflächengewebe und -strukturen des Körpers, wird die Oberfläche des Zahns nicht permanent erneuert (sog. „*non-shedding surface*“). Gleichfalls befindet sich mit der Zahnwurzel ein Teil des Zahnes im Körperinneren, umgeben vom Alveolarknochen. Das Körperinnere und die spezifische mikrobielle Umwelt sind lediglich durch eine, anatomisch relativ kleine, Struktur getrennt, das suprakrestale Gewebsattachment (Jepsen, 2018). An der Stelle des Zahnhalses übernehmen Bindegewebs- und Epithelzellen die Aufgabe dieses essenziellen Verschlusses und sorgen damit für die Integrität der Körperoberfläche. Besonders in diesem Bereich ist nicht nur die physikalische, sondern auch die chemische (oder immunologische) Barriere von herausragender Bedeutung (Dommisch, 2015). Dieses Zusammenspiel aus physikalischer und chemischer Barriere existiert sowohl in epithelialen und bindegewebigen Anteilen der Körperoberfläche als auch im Zahn. Die verschiedenen differenzierten und spezialisierten epithelialen Gewebe der Mundhöhle zeigen feste interzelluläre Verbindungen (physikalische Barriere) und können auf die mikrobielle Umwelt direkt im Sinne der angeborenen Immunantwort sowie schließlich in der Vermittlung zwischen angeborener und adaptiver Immunantwort adäquat reagieren (Dommisch, 2015; Dommisch, 2019; Dunsche 2002; Groeger 2019; Meyle 2017). Auch für das Organ „Zahn“ sind die Prinzipien der physikalischen und chemischen Barriere anwendbar. Hier stellt die Zahnhartsubstanz die rigide physikalische Barriere und die Zahnpulpa übernimmt effektiv die Funktionen der angeborenen sowie die Vermittlung zur adaptiven Immunantwort (Dommisch 2005; Meyle 2017).

Eine Desintegration der physikalischen Barriere der oralen Gewebe aufgrund von Demineralisation (Karies) oder einer Entzündungserkrankung (z. B. Parodontitis, blasenbildende Schleimhauterkrankungen) kann sowohl

die Allgemeingesundheit als auch die Lebensqualität erheblich negativ beeinflussen (Genco 2020; Haag 2017). In diesem Zusammenhang müssen die zahlreichen Erkrankungen der Mundschleimhaut berücksichtigt werden. Diese können als Antwort auf spezifischen Infektionen (ausgelöst durch spezifische Bakterien, Viren oder Pilze) oder aufgrund von mechanischen, chemischen, thermischen und medikamentösen Reizen entstehen. Hierzu zählen im Besonderen Autoimmunerkrankungen (z. B. oraler Lichen planus) sowie präkanzeröse Läsionen und Tumoren der Mundschleimhaut, die in der gesamten Mundhöhle und auch in enger anatomischer Lokalisation parallel auftreten können. Tumoren und Abszesse, ausgehend von einer apikalen Parodontitis, können für den Menschen lebensbedrohlich sein.

Diese Aspekte sollten einen Einblick geben, welche physiologische Rolle die Gewebe des oralen Systems für den menschlichen Organismus übernehmen und welchen Radius die Erkrankungen der Mundhöhle einnehmen können, ohne dabei den Anspruch an Vollständigkeit zu stellen. Vor diesem Hintergrund wird die „Orale Medizin“ im Folgenden hinsichtlich Prävention, Diagnostik und Therapie diskutiert.

Prävention und Therapie

Prävention steht im Fokus der „Oralen Medizin“. In erster Linie gilt es, orale Erkrankungen zu vermeiden bzw. frühzeitig zu erkennen. Für die zahnbezogenen Erkrankungen konnte bereits eindrücklich gezeigt werden, wie effektiv präventive Maßnahmen in der Bevölkerung greifen können (Cholmakow-Bodechtel, et al., 2016). In der gesamten Medizin ist der Erfolg der Kariesprävention von herausragender Bedeutung.

Die Prävention und frühzeitige Therapie zahnbezogener Erkrankungen wie Karies und Parodontitis sind jedoch nicht nur für ein gesundes parodontales und dentales Gewebe und Zahnerhalt von Bedeutung. Vielmehr verdichtet sich die Erkenntnis, dass damit die Entwicklung systemischer Erkrankungen positiv beeinflusst werden kann (Jepsen et al., 2017).

In Bezug auf die Prävention der Parodontitis sollte der Einfluss auf systemische Erkrankungen mit betrachtet werden. Die primäre und sekundäre Prävention der Parodontitis kann dazu beitragen, Entstehung und Verlauf von u. a. Diabetes mellitus und kardiovaskulären Erkran-

kungen z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall) positiv zu beeinflussen (Chapple et al., 2017; Genco et al., 2020; Sanz et al., 2020; Simpson et al., 2022; Teeuw et al., 2014; Tonetti et al., 2007). Darüber hinaus existiert Evidenz, dass Parodontitis bzw. assoziierte Mikroorganismen auf die Entstehung unterschiedlicher Tumoren (z. B. Kopf-Hals-Tumoren) Einfluss nehmen können (Gopinath et al., 2020; Ranjbar et al., 2022; Xu et al., 2022). Die primäre und sekundäre Prävention der Parodontitis könnte in diesem Zusammenhang das Risiko für die Entstehung von Tumoren im Allgemeinen reduzieren. Schließlich ist auch der erhebliche gesundheitsökonomische Effekt, welcher durch Prävention und Therapie der Parodontitis resultieren kann, zu erwähnen (Botelho et al., 2022).

Die parodontale Entzündungsoberfläche, die je nach Schweregrad der Parodontitis bis zu einer Fläche einer Hand entsprechen kann, muss als Eintrittspforte für Mikroorganismen jeder Art betrachtet werden (Nesse et al., 2008). Als aktuelles Beispiel für die Einflussnahme der oralen auf die systemische Gesundheit kann der Zusammenhang zwischen Parodontitis und schweren Verläufen der COVID-19 Erkrankung nach Infektion mit dem Sars-Cov-2-Virus angeführt werden. Hier konnte nach Adjustierung bezüglich möglicher Störfaktoren festgestellt werden, dass Parodontitis mit COVID-19-Komplikationen verbunden war, einschließlich Tod durch Infektion, Aufnahme auf Intensivstationen und der Notwendigkeit einer assistierten Beatmung. Darüber hinaus wurden erhöhte Werte von weißen Blutkörperchen, D-Dimer und C-reaktivem Protein bei Patienten nachgewiesen, die sowohl an einer Sars-COV-2-Infektion als auch an Parodontitis litten (Marouf et al., 2021). Hierbei können weitere Einflussfaktoren, wie z. B. systemische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, zusätzlich verstärkend wirken (Alnomay et al., 2022; Campisi et al., 2021). Der unabhängige Zusammenhang von Parodontitis mit schweren COVID-19-Verläufen wurde jedoch in zahlreichen Studien gezeigt (Alnomay et al., 2022; Gupta et al., 2022; Herrera et al., 2023; Mishra et al., 2022; Wang et al., 2021). Hier führten fortgeschrittenere Stadien der Parodontitis (Stadium III und IV) häufiger zu schweren Verläufen einer Sars-COV-2-Infektion (Mishra et al., 2022). Dieser Aspekt macht deutlich, wie hoch die primäre und sekundäre Prävention der Parodontitis für die Allgemeingesundheit bewertet werden muss.

Darüber hinaus ist der präventive Effekt der Früherkennung von Mundschleimhautveränderungen und im

Speziellen prämaligener oraler Läsionen zu nennen. Aufgrund der Gesamtheit möglicher prämaligener oraler Läsionen resultiert mit einer gewissen Variabilität ein relativ hohes Transformationsrisiko (de Freitas et al., 2021).

Ein weiterer Aspekt ist die Ernährung im Allgemeinen. In Hinsicht auf die Prävention der Karies ist der Zusammenhang zwischen der Aufnahme von Kohlenhydraten und der Entstehung der Karies seit langer Zeit bekannt, hingegen ist der Einfluss der Ernährung auf entzündliche Erkrankungen des oralen Systems wie Gingivitis und Parodontitis in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses gelangt (Chapple et al., 2017).

Es ist bekannt, dass die Umstellung der Ernährung sowie kontrolliertes Fasten die Blutzuckerkontrolle und systemische Entzündungsparameter verbessern können (Steckhan et al., 2016). In Hinblick auf einen Mangel an spezifischen Mikronährstoffen (z. B. Vitamin C, Vitamin D) und der Entstehung parodontaler Entzündungen konnten bereits wichtige Hinweise zusammengetragen werden (Dommisch et al., 2018). Neuer sind die Erkenntnisse in Hinblick auf kontrolliertes Fasten. Hier zeigte sich, dass Fasten-Protokolle die parodontale Entzündung ebenfalls positiv beeinflussen konnten, obwohl die Menge an bakteriellen Belägen nicht reduziert wurde (Mainas et al., 2023; Pappe et al., 2021). Ähnliche Erkenntnisse konnten ebenfalls beobachtet werden, wenn die Ernährung ohne prozessierte Nahrung (raffinierte Kohlenhydrate) erfolgte (Baumgartner et al., 2009). Der Einfluss der Ernährung auf die Entstehung oraler Erkrankungen ist evident (Woelber et al., 2023) und es ist denkbar, dass mit einer präventiven Ernährungsberatung durch das professionelle oralmedizinische Team die Allgemeingesundheit maßgeblich mit beeinflusst werden kann.

Es ist ebenfalls wichtig zu bemerken, dass die grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnisse in den Fachbereichen der Endodontologie, Kieferorthopädie, Implantologie, Prothetik, Parodontologie und restaurative Zahnheilkunde im Zusammenhang mit der Erforschung neuer Materialien bzw. Biomaterialien heute sehr präzise Aussagen zulassen, ob von diesen Materialien eine Gefahr für den Körper ausgehen kann. Damit leistet diese häufig sehr molekularbiologisch ausgerichtete Forschung in allen Teilgebieten der oralen Medizin einen signifikanten Beitrag für die Prävention oraler und systemischer Pathologien.

Diagnostik

Der Begriff orale Diagnostik umfasst zahlreiche Facetten. Zunächst ist zu bemerken, dass die Mundhöhle gleichzeitig als erster Teil des Verdauungs- und Atemtraktes betrachtet werden muss, welcher jedoch vergleichsweise unkompliziert zu inspizieren ist. Daher ist die Detektion oraler Erkrankungen wie z. B. Karies, Gingivitis, Parodontitis, periimplantäre Mukositis, Periimplantitis und Mundschleimhauterkrankungen durch eine strukturierte intraorale Befundaufnahme und der Anwendung einfacher Hilfsmittel wie z. B. Spiegel, Licht und Parodontalsonde unkompliziert möglich.

Wichtig ist, dass der Begriff „orale Diagnostik“ nicht nur für intraorale Erkrankungen reserviert sein sollte. Tatsächlich profitieren andere medizinische Fachrichtungen von der einfachen Zugänglichkeit der Mundhöhle ebenfalls, inklusive derer Strukturen, mikrobiellen Biofilme (auf z. B. Zahn, Zunge und Tonsillen) und Flüssigkeiten (Speichel, Sulkusflüssigkeit, Sputum). Proben oraler Gewebe, des Biofilms sowie biologischer Flüssigkeiten erlauben vielfältige diagnostische Möglichkeiten wie z. B. genetischen Analysen (auch im Zusammenhang mit forensischen Analysen), Untersuchungen des oralen Mikrobioms sowie das Studium der Gen- und Proteinexpression mittels molekularbiologischen und histologischen Methoden.

Die mikrobiologische Diagnostik hat sich mit der vereinfachten Möglichkeit Biofilme zu sequenzieren erheblich verändert, auch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen als die zahnbezogenen. Aktuelle Studien konnten z. B. zeigen, dass das orale Mikrobiom im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen des Darms stehen könnte. Eine konsequente mikrobiologische Diagnostik des oralen Biofilms könnte in der Zukunft das Spektrum der Vorsorgeuntersuchungen in der Allgemeinmedizin revolutionieren (Negrut et al., 2023; Ranjbar et al., 2022).

Die biologischen Flüssigkeiten des oralen Systems lassen sich nicht-invasiv gewinnen und stehen für eine Reihe unterschiedlicher Möglichkeiten der Diagnostik zur Verfügung. Die Fortschritte in der Labormedizinischen und Grundlagenforschung eröffnen neue Wege, um Prädiktion und Progression von Erkrankungen erheblich zu verbessern. Diese Annahme stützt sich nicht zuletzt auf den enormen technischen Fortschritt innerhalb der vergangenen Jahrzehnte, sondern schließlich auf bereits vorhandenen große Datensätze (Big data z. B. aus dem

humanen Genomprojekt (HGP) und der Entschlüsselung des oralen Mikrobioms) (Dewhirst et al., 2010; Jasny et al., 2001; Pennisi, 2000). Diese großen Datenmengen werden zunehmend in den wissenschaftlichen Kontext gebracht. Ein Beispiel ist die Analyse großer Datensätze, die aus Genomweiten Assoziationsstudien (GWAS) gewonnen werden konnten. Die Analysen zeigen eindeutige Assoziationen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen, deren Hintergrund vermutlich dieselben Immun- bzw. Stoffwechselprozesse einschließt (Munz et al., 2018; Munz et al., 2017; Schaefer et al., 2015).

So ist zu erwarten, dass umfassende Speichelanalysen in der Zukunft nicht nur Aussagen zum oralen Gesundheitszustand, sondern auch in Hinblick auf systemische Erkrankungen zulassen können (Cui et al., 2022).

Vision

Das oralmedizinische professionelle Team der Zukunft könnte eine wichtige Rolle als sogenannte „Health Care Provider“ einnehmen. Damit ist gemeint, dass die oralmedizinische Profession bereits sehr früh Zugang für einen erheblichen Teil der Bevölkerung hat, weit bevor sich systemische Erkrankungen in späteren Lebensjahren etablieren können. In dieser Funktion können Patientinnen und Patienten der Zukunft, auch ohne bekanntes systemisches Leiden, in der oralmedizinischen Praxis standardmäßig gezielte Fragebögen erhalten (z. B. Fragebögen zum Risiko für Diabetes mellitus) und es könnten in die-

sem Zusammenhang ebenfalls nicht- und/oder minimal-invasiv Proben von Körperflüssigkeiten wie Speichel, Salivarsflüssigkeit und Blut gewonnen werden, die schließlich zu relevanten Informationen führen (z. B. *Chairside*-Messung des HbA1c-Wertes), welche die gezielte medizinische Versorgung durch eine direkte Überweisung an Kolleginnen und Kollegen der Allgemeinmedizin ermöglichen kann (Montero et al., 2021; Teeuw et al., 2017). Die grundsätzliche Möglichkeit zur Überweisung von Patientinnen und Patienten zwischen Oralmedizinern und Allgemeinmedizin wäre eine unbedingte Voraussetzung für eine effektive Zusammenarbeit hinsichtlich der Prävention von Erkrankungen. Im Weiteren kann in der oralmedizinischen Praxis die Erweiterung in Hinblick auf die Ernährungsberatung über die kardiologisch-präventiven Aspekte hinaus zu einem positiven Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung führen (Baumgartner et al., 2009; Pappe et al., 2021).

Conclusio

Zu der einführenden Fragestellung, ob der Terminus „Zahnmedizin“ noch zeitgemäß ist, bietet die wissenschaftliche Entwicklung dieses Fachs eine Antwort. Die Zeit ist gekommen, die Bezeichnung dieser Profession neu zu denken. Der neue Terminus sollte so gewählt werden, dass die komplexen Wechselbeziehungen zwischen oralem System und Gesamtorganismus, auch in Hinblick auf das erweiterte Diagnostik- und Therapiespektrum, widerspiegelt werden. ■

Orale Medizin – aus Sicht der Gesundheitspolitik

Martin Hendges



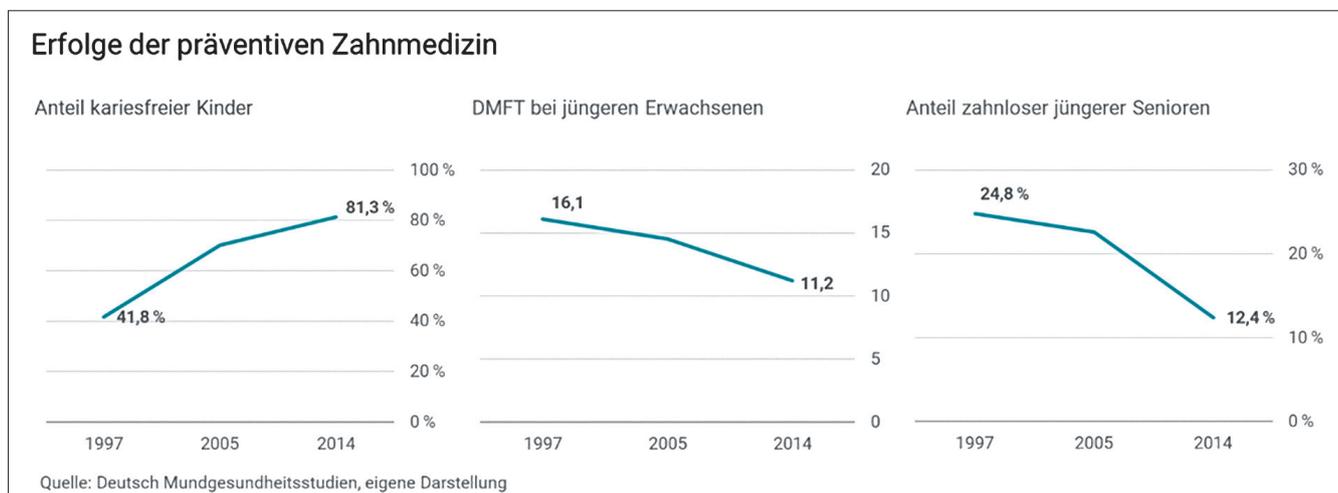
In der Zahnmedizin hat in den letzten 20 Jahren ein bemerkenswerter Paradigmenwechsel von einem kurativen zu einem präventiven Behandlungsansatz stattgefunden. Die Möglichkeit der Krankheitsvermeidung insbesondere von Karies und Parodontitis durch verstärkte Prophylaxe wurde zu einer zentralen Aufgabe der Zahnarztpraxis. Auf die Frage, ob die Zeit für eine Neudefinition der Zahnmedizin gekommen ist, kann daher eine klare Antwort gegeben werden: Es ist gerade die Zahnärzteschaft, welche den Wandel zur Oralen Medizin bereits in beispielgebender Weise eingeschlagen hat. Aktuell sind jedoch verfehlte Sparmaßnahmen der Gesundheitspolitik die Hinderungsgründe, diesen Erfolgsweg auch konsequent weiter beschreiten zu können.

Der Erfolg der Prävention ist ein Faktum

Nicht zuletzt durch den stetigen Einsatz der zahnärztlichen Körperschaften sind im Leistungsumfang der GKV zahlreiche neue Leistungen unter dem Rubrum der Prophylaxeförderung verankert worden. Dies betrifft vor allem Leistungen der Gruppen- und Individualprophylaxe. Aber auch die Behandlung vulnerabler Gruppen (ältere

und pflegebedürftige Menschen, Kleinkinder) oder – ganz aktuell – die Einführung der neuen Parodontitis-Behandlungsstrecke sind unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten. Die Anforderungen an die Zahnmedizin haben sich somit grundlegend geändert. Orale Medizin heißt also auch: Die Zahnmedizin der Zukunft wird vor allem präventiv ausgerichtet sein.

Die neuen strukturellen Voraussetzungen wurden von der gesamten Zahnärzteschaft in vorbildlicher Weise angenommen und umgesetzt. Alleine der große Einsatz bei Kindern ist beeindruckend. So konnte seit 2005 die Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen bei Kleinkindern um 60 % gesteigert werden – dies entspricht fast einer halben Million mehr Früherkennungen jährlich. Auch konnte die Inanspruchnahme der Individualprophylaxe von knapp der Hälfte aller 6- bis 18-Jährigen auf fast zwei Drittel erhöht werden. Natürlich beschränken sich die Bemühungen nicht auf Kinder, sondern erstrecken sich auf alle Altersgruppen. Die Resultate sind unübersehbar, wenn man sich die erhebliche Verbesserung der allgemeinen Zahngesundheit in den letzten 20 Jahren vor Augen führt: So hat sich der Anteil der 12-jährigen Kinder ohne Karies (DMFT 0) verdoppelt,



bei jungen Erwachsenen die Anzahl der kariösen Zähne um ein Drittel reduziert und der Anteil der vollständig zahnlosen Senioren halbiert!

Der Anteil an den Gesamtausgaben der GKV sank für den vertragszahnärztlichen Bereich von 11% auf 6%

Mit der verbesserten Mundgesundheit reduzierte sich in der Bevölkerung auch der Behandlungsbedarf. Füllungen und Zahnersatz-Fälle gingen in diesem Zeitraum beispielsweise um rund 20 % zurück. Aber die Erfolge sind nicht nur in einzelnen Leistungsbereichen sichtbar, auch für das GKV-System insgesamt bedeuten die Erfolge der Zahnmedizin bei der Prävention eine Kostendämpfung. So sank der Ausgabenanteil der Zahnärzte an den GKV-Leistungsausgaben von 11 % in 1992 auf 6 % in 2022, während andere Bereiche wie etwa Krankenhausbehandlungen oder Arzneimittel eine Kostenexplosion um mehr als 100 % zu verzeichnen hatten.

Paradoxerweise wird von der Gesundheitspolitik aktuell die finanzielle Situation der GKV in Kombination mit der desolaten Lage des Bundeshaushaltes zum Anlass genommen, die Erfolge der letzten 20 Jahre zu bedrohen und somit den Schritt zur kosteneffizienten Oralen Medizin zu behindern. Anders als in der Vergangenheit ist die prekäre Lage der GKV in den aktuellen Zeiten hoher Beschäftigung und hoher Löhne weniger ein Einnahmen- als ein Ausgabenproblem. Allerdings existiert kein Ausgabenproblem bei der zahnärztlichen Versorgung. Trotzdem treffen die heutigen Sparpläne der Politik weniger die Bereiche, die für das hohe Ausgabenwachstum verantwortlich sind, sondern den zahnärztlichen Bereich – und mit der neuen Parodontitis-Behandlungsstrecke ausgerechnet das Behandlungsfeld, das für die weitere Transformation hin zur Oralen Medizin von entscheidender Bedeutung ist. Die Zusammenhänge von Parodontitis mit zahlreichen Erkrankungen des Gesamtorganismus wie Diabetes mellitus, koronaren Herzerkrankungen, Schlaganfall und rheumatoider Arthritis sind seit langem bekannt. Der fatale Boykott der Parodontitisstrecke durch die Gesundheitspolitik bedeutet daher nicht nur einen Rückschritt im Bereich der Mundgesundheit, sondern die Gefahr einer Verschlechterung der Allgemeingesundheit der Bevölkerung. Die Bemühungen der Zahnärzteschaft um die Transformation zur Oralen Medizin sind insofern

von einem umfassenderen Begriff von Gesundheit geleitet, der auch die Lebensqualität und Aspekte sozialer Teilhabe und Gleichstellung beinhaltet.

Sowohl aus medizinischer wie aus ökonomischer Perspektive ist es fatal, beim zahnärztlichen Bereich den Rotstift anzusetzen: Die Verhinderung der präventiv ausgerichteten Oralen Medizin der Zukunft wird langfristig keine Kosten einsparen, sondern im Gegenteil wieder vermehrten Behandlungsbedarf und zusätzliche Kosten verursachen.

Das GKV-FinStG mit fatalen Folgen

Dies wird aktuell am Beispiel der neuen, präventionsorientierten Parodontitis-Behandlungsstrecke besonders deutlich. Trotz der hohen Prävalenz führt die seit Beginn des Jahres wirkende strikte Budgetierung des „GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes“ (GKV-FinStG) zu einem drastischen Rückgang der Neubehandlungen in 2023. Alles deutet darauf hin, dass sich dieser bundesweite rückläufige Trend weiter fortsetzen wird (www.kzbv.de/par-evaluation-langfassung). Die negativen Konsequenzen der Budgetierung auf den Umfang der Parodontitisversorgung sind – in Verbindung mit den erheblichen Negativfolgen für die Mund- und Allgemeingesundheit – langfristig auch für das GKV-System mit erheblich höheren Kosten verbunden. Allein im zahnärztlichen Bereich summieren sich die Folgekosten auf rund 200 Mio. Euro jährlich – rund 151 Mio. Euro im konservierend-chirurgischen Bereich und weitere rund 52 Mio. Euro im Bereich Zahnersatz. Darüber hinaus ist von deutlich positiven Auswirkungen der PAR-Behandlung auf die Allgemeingesundheit der Versicherten und dadurch induzierte Einsparungen im ärztlichen Sektor auszugehen – insbesondere im Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen. Die Gesamtheit der indirekten Krankheitskosten (z. B. Produktivitätsverlust durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz; Zahnlosigkeit; unbehandelte Karies bei Patientinnen und Patienten mit Parodontitis, hauptsächlich Wurzelkaries) wird in einer Studie für Deutschland mit rund 34,79 Mrd. Euro angegeben (Botelho et al., 2022). Die konsequente Therapie von Parodontitis würde diese Kosten zumindest reduzieren und neben den individuellen und strukturellen gesundheitlichen Vorteilen zu einer gesamtwirtschaftlichen Entlastung führen.

Die aus der Sparpolitik der Ampel-Regierung resultierenden Probleme werden somit am Ende leider auch auf

dem Rücken der Patienten bzw. (mit Blick auf die GKV-Financen) der GKV-Beitragszahler ausgetragen. Statt Kürzungen an falscher Stelle müssen die Probleme bei den bekannten großen Kostentreibern angegangen werden. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung sollte dagegen im Hinblick auf Gesprächsanteile, in denen Beratung und Motivierung erfolgen und so schließlich Compliance bzw. Adhärenz erzeugt wird, stärker ausgebaut werden. Hier bedarf es eines gesundheitspolitischen Perspektivwechsels, denn mit dem demografischen Wandel und der Alterung der Gesellschaft wird sich das Einnahmen-/Ausgabenverhältnis der GKV in den nächsten Jahren weiter verschlechtern.

Der Transformationsprozess ist eine Herausforderung

Der Schritt zur Oralen Medizin beinhaltet für die Zahnärzteschaft noch eine weitere Herausforderung: Für Zahnarztpraxen wird die Bedeutung von gut ausgebildetem nicht-zahnärztlichem Personal zunehmen. Bei der Unterstützung der Parodontitisbehandlung, bei der Individualprophylaxe oder auch bei professionellen Zahnreinigungen: Überall sind fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) und Dentalhygienikerinnen unverzichtbar. Die demografische Entwicklung verstärkt ein bereits aktuell zu verzeichnendes Problem: den Fachkräftemangel. So rangiert der Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten in einer Analyse der Bundesagentur für Arbeit unter den Berufen mit der höchsten Knappheit als so genannter „Engpassberuf“. Durch den wachsenden Kon-

kurrenzkampf um Fachkräfte wird es für die Zahnärzteschaft daher zukünftig noch schwieriger, auf dem Stellenmarkt wettbewerbsfähig zu bleiben und geeignetes Personal anzuziehen und zu binden. Auch hier wäre die Politik in der Verantwortung, über entsprechende finanzielle Ausstattung des GKV-Systems die angemessene Entlohnung der ZFAs zu ermöglichen. Stattdessen sorgt die fehlgeleitete und auf kurzfristige Sparmaßnahmen fixierte Gesundheitspolitik für eine Verschärfung des Problems: Zusätzlich zu den aufgrund politischer Entscheidungen stetig steigenden Praxiskosten durch Bürokratie, IT und Digitalisierung gehen Lohnsteigerungen für ZFAs direkt zu Lasten der Inhabereinkommen. In Zeiten wachsender Marktdurchdringung der Medizinischen Versorgungszentren fällt es Inhabern zunehmend schwerer, Einkommen oberhalb des Gehaltes eines angestellten Zahnarztes zu erwirtschaften. Hierdurch verliert eine Inhaberschaft, verbunden mit hohem Arbeitsaufwand und viel Verantwortung, natürlich deutlich an Attraktivität. Die Folge ist eindeutig: die flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung ist in Gefahr. Nachdem von der Zahnärzteschaft der Einstieg in die Orale Medizin vollzogen wurde, wäre es nun an der Politik, das Erreichte zu sichern und die nächsten Schritte für deren Ausbau einzuleiten – nicht jedoch durch kurzfristige Entscheidungen Rückschritte zu machen und die Erfolge der letzten Jahre zu gefährden. Die verfehlten Entscheidungen der aktuellen Gesundheitspolitik drohen jedoch eher, dem so erfolgreich eingeschlagenen Transformationsprozess einen herben Rückschlag zu versetzen. ■

Orale Medizin – aus Sicht der Berufspolitik

Christoph Benz



Die Erfolge der Zahnmedizin genießen großen Respekt. Durch unsere Arbeit ist die häufigste Erkrankung des modernen Menschen – Karies – deutlich weniger geworden. Unsere Zukunft in Deutschland wird davon abhängen, wie wir die inhaltlichen Veränderungen unseres Faches gestalten und ob es gelingt, die demografischen Herausforderungen einer wohlhabenden Gesellschaft zu meistern. Der Blick zurück öffnet die Perspektive für die Zukunft.

Woher wir kommen

Die Zahnmedizin kennt verschiedene Zeitrechnungen. Für Deutschland bietet sich an, die akademischen Jahre im Kreis der Universitäten zu zählen. Diese Zeitrechnung beginnt im Jahr 1884 mit der Etablierung des ersten staatlichen Universitätsinstituts. Damals in Berlin wurde bereits der bis heute übliche – 1955 um die Kieferorthopädie ergänzte – Fächerkanon etabliert: Zahnerhaltung, Prothetik, Chirurgie. Eine erstaunliche Klammer für die akademischen Jahre bildet der erste „Zahnerhalter“, Willoughby Dayton Miller. Er degradierte 1889 die Karies zum bloßen Symptom einer Erkrankung mit scheinbar banaler Ursache – a clean tooth never decays. Miller blieb jedoch ein Revolutionär ohne Revolution, weil er sich eben nicht an die Spitze einer neuen präventiven Zahnmedizin setzte. Mit verschiedenen guten und weniger guten Gründen beschränkte sich auch der Berufsstand in den folgenden 100 Jahren auf die Therapie des Symptoms. Erst mit den bahnbrechenden Resultaten von Per Axelsson und Jan Lindhe 1978 und den niederschmetternden Ergebnissen der ersten deutschen Mundgesundheitsstudie 1989 begann der Prozess des Umdenkens. Zunächst langsam aber inzwischen immer schneller erfolgte die Abkehr von der alten „Karieszahnmedizin“ hin zu einer präventiven Zahnmedizin, unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen zwischen der Mundhöhle und dem Gesamtorganismus.

Eine erstaunlich ähnliche Entwicklung zeigt sich bei der anderen großen oralen Erkrankung, der Parodontitis.

Als Oskar Weski und Robert Neumann Anfang der 1920er-Jahre im Theorienstreit um die Behandlung der „Paradentose“ siegten, stand bei ihnen die einzeitige Therapie des Symptoms „Tasche“ im Vordergrund. Auch hier zeigten bereits Axelsson und Lindhe, dass die lebenslange präventive Betreuung das Erfolgsgeheimnis ist. Dennoch dauerte es 100 Jahre – offensichtlich eine zahnmedizinische Zeitkonstante – bis diese Ansätze mit dem zentralen Baustein „unterstützende Parodontitistherapie“ in der Leitlinie von 2021 aufgegriffen wurden.

Im Ergebnis steckt die Zahnmedizin heute in einem großen inhaltlichen Umbauprozess: Vom Symptom zur Ursache, vom Ersatz von Zähnen zum Erhalt, vom Zahn zum Einfluss der Mundhöhle auf den Gesamtorganismus. Und als ob das noch nicht genug wäre, verändert die Demografie unser Fach. Drei Punkte brauchen unsere Aufmerksamkeit.

Inhaltliche Umstellung

Die inhaltliche Umstellung sollte eigentlich keine großen Probleme bereiten, da unsere Aufgaben anders werden aber nicht weniger: Parodontitis, Pflege, Sport, Schlaf, Ernährung, CMD, Aligner, schöne natürliche Zähne als „it-piece“* der modernen Gesellschaft. Das Problem der Umstellung liegt vielmehr darin, dass eine ältere Auffassung unterstellt, die moderne Zahnmedizin habe sich bewusst von den wahren Problemen unserer Patienten – Chirurgie, Zahnersatz, Funktion – abgekehrt, um einem rein kommerziellen Wellness-Gedanken zu folgen.

Dem ist jedoch absolut nicht so! Durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt, wissen wir heute viel mehr über den Einfluss des oralen Mikrobioms auf den Gesamtorganismus.

Deshalb befinden wir uns in unserer täglichen Arbeit längst auf einer höheren Entwicklungsstufe, bei der es in

* „it-piece“ – Begriff aus der Modebranche, Kurzform von „investment-piece“

allererster Linie darum geht, das lebenslange Interesse der Patienten am Erhalt ihrer Mundgesundheit zu fördern. Nichts davon ist unmedizinisch, nichts davon ist kommerziell, im Gegenteil, Orale Medizin dient mehr denn je der Gesundheit unserer Patienten.

Demografie und Personalmangel

Die Demografie hat vielfältige Einflüsse auf die Zahnmedizin. Einmal stellen Senioren und Pflegebedürftige die am stärksten wachsende Patientengruppe dar, häufig verbunden mit Multimorbiditäten und umfangreichen Medikationen. Diesen Gegebenheiten werden wir uns weiter anpassen müssen.

Zur Versorgung Pflegebedürftiger in der Praxis, insbesondere aber auch in häuslicher Umgebung oder im Heim werden viel größere zahnärztliche Zeitkontingente notwendig sein. Derzeit werden von den rund 5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland fünf von sechs zu Hause und zwei von drei ausschließlich durch Angehörige versorgt. Gleichzeitig erfordert die Behandlung ein immer weiter zunehmendes medizinisch interdisziplinäres Wissen und Verständnis für die z. T. komplexen Krankheitsbilder dieser Patienten.

Um diese Veränderungen nach außen zu dokumentieren, scheint der Begriff „Zahn“medizin zu eng gefasst. Stattdessen sollten wir zukünftig von „orale Medizin“ sprechen, um unsere Einbindung in die Medizin besser zum Ausdruck zu bringen.

Das andere Gesicht der Demografie ist der dramatische Fachkräftemangel für unsere Teams. Verstärkt wird dieser Effekt durch den – wie es Julian Nida-Rümelin nannte – Akademisierungswahn der Gesellschaft.

Hier muss die ambulante Medizin endlich durch adäquate Anhebung der Honorare für gesetzlich wie auch private Behandlungen in die Lage versetzt werden, konkurrenzfähige Gehälter zahlen zu können, um im Wettbewerb mit anderen Branchen ausreichend Personal für unsere Praxen zu gewinnen.

Praxis als Nukleus der Freiberuflichkeit

Die inhaber/ingeführte Hauszahnarztpraxis war in den 140 Jahren der akademischen Zeitrechnung der Ort, wo Patienten zahnärztliche Hilfe erfuhren. Der Grundgedanke des „freien Berufs“ in der Medizin ist, dass die Patienten die bestmögliche Berücksichtigung ihrer gesundheitli-

chen Interessen erfahren. In dieser Hinsicht ist das Konzept „Hauszahnarztpraxis“ tatsächlich sinnreich. Wer seinen Patienten nicht wirklich hilft oder unbegründet teuer abrechnet, verliert diese ohne nennenswert – z. B. mit Werbung – dagegenhalten zu können. Damit entsteht dann so etwas wie ein „Spurhalteassistent“.

Gerade deshalb hat die Hauszahnarztpraxis Deutschland an die Weltspitze der Mundgesundheit geführt. Sie wählt ihre Patienten nicht nach Rendite aus und sie wird den Anforderungen des ländlichen Raumes optimal gerecht. Gleichzeitig arbeitet sie besser und wirtschaftlicher als alles, was Investoren oder die öffentliche Hand organisieren kann. Die Hauszahnarztpraxis deckt den Großteil der Patientenbedürfnisse in bester Qualität ab und sie stützt sich regelmäßig auf ein streng qualitätsorientiertes Überweiser-Netzwerk.

Die Gesundheitspolitik in Deutschland hat viel zu lange Geld und Ressourcen in den stationären Bereich mit angestellten Ärztinnen und Ärzten gesteckt. Eine wohnortnahe, zuverlässige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung kann aber nur mit eigenverantwortlichen Praxiseinheiten gelingen. Diese eigenverantwortliche ambulante Versorgung braucht endlich ideologiefreien Respekt, die Möglichkeit, die engagierten Teams gut bezahlen zu können, und die Entlastung von sinnloser Bürokratie. Dazu gehören evidenzlose Hygienevorgaben ebenso wie eine Digitalisierung, die mehr Arbeit kostet als sie spart.

Fazit

Zahnmedizin ist ein Beruf, der Berufung voraussetzt. Wenn Investoren heute von „Job“-Angeboten für Zahnärztinnen und Zahnärzte sprechen, dann zeigt dies nur, wohin unser Weg nicht gehen darf. Wer sich für die Zahnmedizin entscheidet, sollte wissen, dass bei uns die Verantwortung für unsere Patienten wichtigste Voraussetzung ist – am Behandlungsstuhl und in unserer freiberuflichen Ausrichtung. Wenn es dann noch gelingt, die besonderen Vorzüge auch des ländlichen Raums zu erkennen, wird uns die Arbeit niemals ausgehen.

Die Neudefinition der Zahnmedizin auf dem Weg zur Oralen Medizin, bei der neben der kurativen Versorgung die Prävention in Verbindung mit einer Kompetenzstärkung der Praxen in der Frühdiagnostik für lokale und systemische Erkrankungen steht, darf den gleichen Stellenwert beanspruchen, wie andere Fachdisziplinen der Medizin. ■

Orale Medizin – aus Sicht der Demographie

Markus Tröltzsch



Die demographische Entwicklung in Deutschland lässt sich gut mit den Zahlen des statistischen Bundesamtes darstellen. Demnach ist heute jede zweite Person in Deutschland älter als 45 und jede fünfte Person älter als 66 Jahre. Tatsächlich steigt in Deutschland die Lebenserwartung der Menschen konstant an und hat inzwischen absolute Höchstwerte erreicht. Eine Frau mit dem Alter von 80 Jahren hatte im Jahr 2019 noch 9,56 Jahre als durchschnittliche Lebenserwartung. Für einen Mann mit 80 Jahren im Jahr 2019 waren noch 8,08 Jahre zu erwarten (Statistisches Bundesamt, 2023).

Die Geburtenzahlen, die in Deutschland lange Zeit rückläufig waren, steigen seit dem Jahr 2012 wieder an. Im Zeitraum von 2012 bis zum Jahr 2021 kamen deutlich mehr Kinder zur Welt, so dass dies fast einem zusätzlichen Geburtenjahrgang entspricht (insgesamt 656 000 Kinder) (Statistisches Bundesamt, 2023). Diese positive Entwicklung wird durch die nahezu gleichzeitig stattfindende Migration nach Deutschland verstärkt, bei der seit dem Jahr 2010 insbesondere Menschen der jungen und mittleren Altersklasse immigriert sind.

Seit dem Jahr 2015 weist das Statistische Bundesamt auch Zahlen zur Migration nach Deutschland auf. Saldiert ergibt sich eine Zuwanderung von mehr als 4 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2023).

In einer Übersicht der 200 meist verschriebenen Medikamente in den Vereinigten Staaten (Publikation von Mai 2018) sind insbesondere die TOP 50 zahnmedizinisch interessant, zeigen sie doch klar das Risikoprofil unserer Patienten in der alltäglichen Zahnarztpraxis auf. Hier finden sich vor allem Medikamente zur Regulation der arteriellen Hypertonie und der koronaren Herzerkrankung sowie des Diabetes. Stark vertreten sind auch Psychopharmaka, besonders die Gruppe der SSRI (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer) sowie auch Protonenpumpeninhibitoren (Fuentes et al., 2018).

Belastbare Datenlage

Insbesondere koronare Herzerkrankungen und Diabetes mellitus, deren Zusammenhang mit der Parodontitis wissenschaftlich gesichert ist, belegen beispielhaft, welche hohe allgemeinmedizinische Bedeutung die Zahnmedizin, genauer die Orale Medizin für die Allgemeingesundheit der Patienten hat (Preshaw et al., 2012; Simpson et al., 2022; Sanz et al., 2020; Rahimi et al., 2021).

Von den übrigen Medikamenten in den TOP 50 sind insbesondere die Antidepressiva der Klasse SSRI und die Protonenpumpeninhibitoren oralchirurgisch und implantologisch von Bedeutung. Für diese Substanzklassen liegen deutliche Hinweise vor, die Osseointegration von Implantaten negativ zu beeinflussen (Fuentes et al., 2018; Wu et al., 2017; Shariff et al., 2023; Carr et al., 2019). Aktuell fehlen verlässliche Zahlen für die Verbreitung insbesondere der SSRI in Deutschland, die vorhandenen Quellen weisen aber auf eine steigende und bereits hohe bestehende Verschreibungsrate auch bei Jugendlichen hin (Obermeier et al., 2021; Wartberg et al., 2018).

Darüber hinaus finden sich belastbare Daten, dass insbesondere im letzten Lebensdrittel die Erkrankungen des kardiovaskulären Systems, Stoffwechsel- (hier besonders Diabetes) und onkologische Erkrankungen das Spektrum der Morbidität der Menschen dominieren, sehr häufig verbunden mit einer komplexen Medikation (Robert Koch-Institut, 2015).

Interdisziplinäres Verständnis

Bereits diese wenigen Beispiele machen deutlich, welche erheblichen Auswirkungen die Morbidität und Medikation von zahnärztlichen Patienten auf unser therapeutisches Handeln haben kann, was wiederum ein verstärktes medizinisch interdisziplinäres Wissen und Verständnis der Behandelnden erfordert.

Aus den bis dato vorliegenden Daten lassen sich Schlussfolgerungen für die Entwicklung unserer zahnärztlichen Praxen der nächsten 30 Jahre ziehen. Hierbei sind insbesondere die Bereiche fachliche Ausrichtung der Praxis, Versorgung von älteren Patienten, Entwicklung des Risikoprofils unserer Patienten und wirtschaftliche Ausrichtung der Praxis zu nennen.

Fachliche Ausrichtung:

- Bis 2050 voraussichtlich steigender Bedarf an Zahnerhalt, Parodontologie, Implantologie und Prothetik - und Kinderzahnheilkunde, begleitet mit verstärkten präventiven Maßnahmen und regenerativen Therapien.
- Im Jahr 2050 sind die 70-Jährigen im Jahr 1980 geboren, somit kann der künftige Behandlungsbedarf jetzt schon an den Patienten abgelesen werden.
- Die mit dem Alter zunehmende Medikation macht stetig aktualisierte allgemeinmedizinische Anamnesen immer wichtiger.

Versorgung von älteren Patienten:

- Weiterhin leicht steigende Lebenserwartung. Im Jahr 2019 konnte ein Mensch in Deutschland mit einem Alter von 80 Jahren etwa neun weitere Lebensjahre erwarten.
- Diese hohe Lebenserwartung ist nur durch eine Steigerung der medizinischen Interventionen über die letzten Jahrzehnte möglich gewesen und geht somit mit einem hohen pharmakologischen Aufwand einher.
- Die Menschen erwarten auch im hohen Lebensalter eine hohe Lebensqualität. Dazu gehört entscheidend die Fähigkeit, funktional gut essen und gut sprechen zu können.

Entwicklung des Risikoprofils unserer Patienten:

- Der hohe Aufwand, der medizinisch für die steigende Lebenserwartung betrieben werden muss, spiegelt sich darin, dass viele unserer Patienten im letzten Lebensdrittel wichtige Komorbiditäten bei Einnahme vielfältiger Medikamente und gleichzeitig steigendem Behandlungsrisiko ausweisen.
- Zudem finden sich auch bei jüngeren Patienten vermehrt pharmakologische Interventionen, hier sind

besonders Protonenpumpeninhibitoren und Antidepressiva zu nennen.

Wirtschaftliche Ausrichtung der Praxis:

- Die Themen Personalverfügbarkeit, zunehmende Bürokratie, technische Infrastruktur und insbesondere digitale Entwicklungen werden hinsichtlich Kostenmix wie auch Management Attention zunehmende Anforderungen an die Praxisinhaberinnen und -inhaber stellen.
- Es ist zu erwarten, dass sich angesichts der zunehmend angespannten Finanzlage insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen die Einnahmen-Kosten-Schere weiter zu Ungunsten der Niedergelassenen entwickeln wird. Es ist daher ein weiter steigender Eigenanteil der Patienten für ihre Behandlung ins Kalkül zu ziehen.
- Der eingangs erwähnten Bevölkerungsentwicklung wird durch das Vorhalten mehrerer Sprachen in der Praxis Rechnung zu tragen sein. Insbesondere in Gebieten mit hohem Zuzug wird dies den Behandlungsalltag deutlich beeinflussen und durch KI assistierende Übersetzungssysteme unterstützt werden müssen.
- Entwicklungen wie Nachhaltigkeit in der Praxis werden unser Handeln zunehmend bestimmen.

Die zunehmende Komplexität in der Diagnostik und Therapie und insbesondere die steigende Alterung der Gesellschaft erfordert bei unserer Behandlung zunehmend ein interdisziplinäres Verständnis und damit auch den Dialog und entsprechende Abstimmungsprozesse zwischen den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen. Diese vermehrt interdisziplinäre Ausrichtung unserer Tätigkeit sollte sich daher auch in einer neuen Nomenklatur, der Oralen Medizin, für unseren Berufsstand spiegeln. Dies umso mehr, da sich in der Frühdiagnostik im oralen System – z. B. aufgrund der dynamischen Forschung und Entwicklung von Testverfahren des Mikrobioms und des Speichels – bereits viele Indikatoren der Wechselwirkungen zu systemischen und Autoimmunerkrankungen abzeichnen. Auch dies ist als ein wesentlicher Ansatz im Zuge der Prävention eine Verbesserung der Allgemeingesundheit der Bevölkerung zu erreichen. ■

Orale Medizin – aus Sicht der Professionsforschung

Nele Wicking



Der Wandel zur Oralen Medizin wird in gewissen Entwicklungen und Trends sichtbar, die in unserem Berufsstand in den vergangenen Jahren zu beobachten sind. Dies sind vor allem veränderte Versorgungsbedarfe und damit einhergehend veränderte Behandlungsstrukturen sowie gewandelte Einstellungsmuster des Berufsstands zur eigenen Tätigkeit. Zu Letzterem trägt im Besonderen die sogenannte „Feminisierung“ der Zahnmedizin bei. Die Positionierung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Praxis von morgen wird durch diese Trends vermutlich nachhaltig beeinflusst.

Trend 1: Veränderte Versorgungsbedarfe führen zu veränderten Behandlungsstrukturen

In den letzten Dekaden führte der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin – „vorsorgen statt versorgen“ – zu einer Veränderung der Krankheitslast (KZBV und BZÄK, 2016). Daraus ergeben sich veränderte zahnmedizinische Versorgungsbedarfe, die durch den demografischen Wandel verstärkt werden (Rothgang und Unger, 2017). Denn orale Erkrankungen verschieben sich in höhere Altersgruppen (Morbiditätskompression) (KZBV und BZÄK, 2016). Die eigenen Zähne bleiben länger erhalten (Jordan et al., 2021). Die geringere Anzahl fehlender Zähne ermöglicht Verschiebungen der Bedarfe von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz (KZBV und BZÄK, 2016). Durch den längeren Erhalt der eigenen Zähne können im Alter mehr Zähne von Karies betroffen sein (Jordan et al., 2019). Auch die Anzahl parodontal behandlungsbedürftiger Menschen in höheren Altersklassen wird steigen (Schwendicke et al. 2018). Zahnärztliche Versorgungsbedarfe werden sich daher zukünftig in zunehmendem Maß in älteren Bevölkerungsgruppen ergeben (KZBV, 2017).

Herausforderungen bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten ergeben sich u. a. durch chronische Erkrankungen, Multimorbidität- und Pflegebedürftigkeit, mit denen sich die Komplexität der Behandlung erhöht (Jordan et al., 2019; Haubitz, 2017). Es wird daher gefordert, gezielt umfassende, fachübergreifende Behandlungskonzepte zu entwickeln, die sowohl die medizinischen als auch die veränderten zahnmedizinischen Anforderungen berücksichtigen (Jordan et al., 2019).

Dabei bleibt die Prophylaxe „eine der zentralen Aufgaben der Zahnarztpraxis“ (siehe Beitrag M. Hendges: Orale Medizin aus Sicht der Gesundheitspolitik). Präventionskonzepte werden sich in Zukunft vermehrt an ältere Menschen richten, aber auch an weitere vulnerable Gruppen, die bisher nur wenig von den Erfolgen der Prävention profitiert haben: Menschen mit Behinderung, sehr junge Kinder, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen aus niedrigeren Sozialschichten (BZÄK, 2017; KZBV, 2017; Nitschke und Schulte, 2012; Treuner und Splieth, 2013; Aarabi et al., 2013; KZBV und BZÄK, 2016).

Eine entsprechende zahnmedizinische Versorgung garantieren zu können, setzt voraus, dass zukünftige Zahnärztinnen und Zahnärzte diesen Bedarfen entsprechend angemessen ausgebildet sind. Die Vorbereitung auf den Praxisalltag und bestehende sowie zukünftige Versorgungsbedarfe wird dabei von jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten nur zum Teil als angemessen empfunden, speziell in den Bereichen Kinderzahnheilkunde und Seniorenzahnmedizin (Kettler, 2021). Mit der neuen Approbationsordnung wird versucht, diesen Defiziten zum Teil vorzubeugen. Auch im weiteren Verlauf ihres Berufslebens reagieren Zahnärztinnen und Zahnärzte auf die veränderten Anforderungen an die Profession. Durch Fortbildungen, Setzung von Arbeitsschwerpunkten oder Spezialisierungen passen sie ihre Behandlungsstrukturen gezielt an (Härten und Kultermann, 2000; Micheelis et al., 2010).

Trend 2: Wandel der Einstellungsmuster und die Weiterentwicklung in der Zahnmedizin

Weiterentwicklungen innerhalb einer Profession zeichnen sich in der Eigenwahrnehmung, dem Selbstbild der Zahnärztinnen und -ärzte, ab. Die moderne Zahnmedizin ist in ihrem Selbstverständnis auf das gesamtgesundheitliche Gemeinwohl ausgerichtet. Der Fokus liegt nicht mehr allein auf dem einzelnen Zahn, sondern man widmet sich dem Patienten und der Patientin als Mensch in seiner Gesamtheit (biologisch, psychologisch und sozial).

Traditionelle Rollenbilder einer Profession spiegeln sich dagegen in Motiven für die Berufswahl wider. Ein solches traditionelles Motiv ist in der Zahnmedizin die (fein-)handwerkliche Komponente. Der medizinische Aspekt der Zahnheilkunde als Motiv für die Studienwahl hat erst in jüngerer Zeit an Bedeutung gewonnen. Spielte allgemeinmedizinisches Interesse vor 20 Jahren nur eine geringe Rolle bei der Studienwahl, ist heute angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzten der medizinische Aspekt der Profession zum Teil wichtiger als der handwerkliche Aspekt (Kettler, 2021; Ramseier und Wolf, 2012; Härten und Kultermann, 2000). Der Stellenwert medizinischer Aspekte bei der Berufswahl deutet darauf hin, dass die ganzheitlich-medizinische Ausrichtung in jüngerer Vergangenheit bereits Teil des traditionellen Rollenbilds der Zahnärztin und des Zahnarztes geworden ist.

Möglicherweise hat auch durch den steigenden Frauenanteil in der Zahnärzteschaft die soziale Kompo-

nente des Berufsbilds an Bedeutung gewonnen. Die Anzahl der Zahnärztinnen stieg in den vergangenen 20 Jahren kontinuierlich und wird voraussichtlich weiter steigen. Waren zur Jahrtausendwende nur etwa ein Drittel aller zahnärztlich Tätigen weiblich, sind es heute bereits über 45 %. Der Frauenanteil unter Studienanfänger/innen liegt bei 65 % bis 70 % (BZÄK, 2019). Mit steigendem Frauenanteil werden die Erwartungen, Einstellungen und Handlungsweisen in der Zahnärzteschaft präsenter, in denen Zahnärztinnen sich von Zahnärzten unterscheiden. Diese Entwicklung führt zu Veränderungen im Berufsstand. Einige sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Feminisierung der Zahnärzteschaft“ (u. a. Groß/Schäfer, 2011; Buchmann, 2010; Wilcke et al. 2016). Zahnärztinnen begründen ihre Berufswahl häufiger mit der sozialen Komponente ihrer Tätigkeit als ihre Kollegen. Auch im weiteren Berufsleben prägen soziale Motive ihr Selbstverständnis als Zahnärztin (Kettler, 2021).

Der Trend zur Oralen Medizin ist nicht mit einem Trend zu „medizinisch spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten“ gleichzusetzen. Viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte verstehen sich als ganzheitliche Behandlerinnen beziehungsweise Behandler. Sie legen großen Wert auf medizinische Aspekte der Zahnheilkunde, im Fokus steht dabei das gesamte orale System und dessen Wechselwirkungen auf den Gesamtorganismus. Im Selbstverständnis der Zahnärztinnen und Zahnärzte hat jedenfalls der Wandel in Richtung Orale Medizin bereits stattgefunden. ■

Epilog – Orale Medizin – Die Zukunft der Zahnmedizin

Michael Frank, Roland Frankenberger, Alexander Ammann

In diesem Impulspapier wurden bewusst Aspekte aus Wissenschaft, Berufspolitik und Praxis aufgenommen, um möglichst viele Facetten einer Neudefinition der Zahnmedizin auf dem Weg zur Oralen Medizin zu erfassen.

Die aus den Beiträgen gewonnenen Erkenntnisse mit ihren jeweiligen Bewertungen haben die Initiatoren dieses Impulspapieres zu nachfolgenden Empfehlungen veranlasst:

1. Sowohl in der universitären Ausbildung als auch in der postgradualen Fortbildung müssen die interdisziplinären Wechselbeziehungen von lokalen und systemischen Erkrankungen einen höheren Stellenwert erhalten.
2. Das biologische Verständnis und damit verbunden die Bedeutung der Prävention für ein gesundes orales Mikrobiom mit seinen Auswirkungen auf den Gesamtorganismus ist elementarer Bestandteil unseres oralmedizinischen Handelns.
3. Die kurativ-reparative zahnmedizinische Defektversorgung befindet sich seit vielen Jahren aufgrund der primär präventiv ausgerichteten zahnärztlichen Leistungen sehr erfolgreich auf dem Rückzug. Dieser ist epidemiologisch anhand abnehmender Zahlen in Füllungstherapie, Endodontie, Exodontie und Totalprothetik belegt. Des Weiteren werden die Bereiche des Tissue- und Bioengineerings für regenerative Therapien auf der einen sowie KI-assistierte Systeme auf der anderen Seite unser oralmedizinisches Handeln in den nächsten Jahren fundamental verändern.
4. Neben der Pathogenese soll vor allem die Salutogenese in unserem Gesundheitssystem die gleiche Relevanz haben und damit die Bedeutung und Bewertung der Präventionsstufen neu gedacht werden. Die Zahnmedizin ist hier heute bereits ein Role Model.
5. Bei der Grundlagen- und klinischen Forschung in unserem Fachgebiet muss der interdisziplinäre und translationale Bezug stärker gefördert werden und damit verbunden auch die personelle und finanzielle Ausstattung der Universitätszahnkliniken ohne Abfluss von für Zahnmedizin gedachten in zahnmedizin-fremde Bereiche.
6. Die Beschreibung unseres Berufsbildes im Zahnheilkundengesetz (ZHG) von 1952 mit den Änderungen aus 1987 und 2020 muss hinsichtlich der grundlegenden neuen wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisse überarbeitet werden.
7. Für den interdisziplinären Dialog mit den anderen medizinischen Fachdisziplinen müssen die strukturellen und technischen Rahmenbedingungen für einen fachlichen Austausch gefördert werden.
8. Das Wohl unserer Patienten auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einer damit verbundenen Multimorbidität und Polypharmazie muss sich auch in einem erweiterten diagnostischen und therapeutischen Behandlungsspektrum für lokale und systemischer Erkrankungen bzw. deren Prävention spiegeln.
9. Eine Gesundheitspolitik, die sich in allererster Linie auf Budgetierungen konzentriert, ist kurzfristig und kontraproduktiv. Evidenzbasierte wissenschaftliche und klinische Konzepte sprechen eindeutig dafür, dass die erfolgreiche Prävention von Volkskrankheiten wie Karies und Parodontopathien sowie anderer oralpathologischer Manifestationen mit systemischer Relevanz für die Gesundheit unserer Patienten einen signifikanten Beitrag zur Reduzierung der finanziellen Belastung unseres Gesundheitssystems leisten.
10. Die Zukunft der Zahnmedizin heißt Orale Medizin. Sie beschreibt umfassend den Wandel unserer Profession als Teilgebiet im Spektrum aller anderen medizinischen Fachgebiete. Zukünftige Entscheidungen im Bereich der Wissenschafts-, Berufs- und Gesundheitspolitik sollten sich an dieser Maxime ausrichten.

Mögen diese Beiträge und die daraus folgenden Empfehlungen sich als ein Impuls für eine lebendige, konstruktive und kreative Diskussion für ein neues Selbstverständnis unserer Profession von Morgen verstehen. ■

ORALE GESUNDHEIT FÜR EIN BESSERES LEBEN

"I FEEL GOOD"



EMS⁺
MAKE ME SMILE.

MEHR
ZU GBT

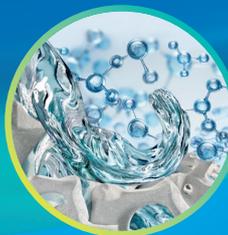
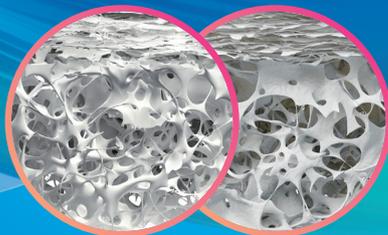
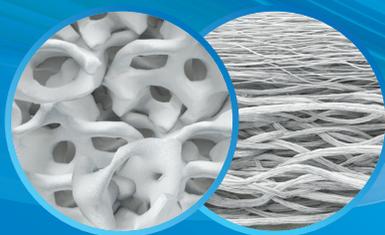


Prävention und Regeneration – zwei Säulen in der Oralen Medizin

leading regeneration

Geistlich

Der
Regenerations-Experte



Vertrieb Deutschland:
Geistlich Biomaterials
Vertriebsgesellschaft mbH
76534 Baden-Baden
Schöckstraße 4
Tel. +49 7223 9624-0
info.de@geistlich.com

www.geistlich.de   

#geistlichdentaldeutschland